

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N° 78

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul, Henri KOLLITSCH

né le 15 novembre 1896, à Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'AGORAPHOBIE

Président : M. Marcel LABBÉ. Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

78

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul, Henri KOLLITSCH

né le 15 novembre 1896, à Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'AGORAPHOBIE

Président : M. Marcel LABBÉ. Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1925



LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale.	{ GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECO RT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	{ COUVELAIRE. BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	BROCA Auguste.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU.
Clinique propédeutique.	DUVAL. SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	} Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	} Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	} Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	} Histologie.
MULON	
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIERE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUCEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
ROUY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	{	OMBREDANNE .	Clinique chirurgicale in-
CHEVASSU			fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE.		PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET .		RATHÉRY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LERI	{	TERRIEN	Clinique ophtalmologi-
LÉPER			que.

V. — CHARGES DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du tra-
FREY		vail les mutilés de guerre et les infirmes
LEDOUX-LEBARD		adultes.
N...		Stomatologie.
		Radiologie clinique.
		Education physique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR KOLLITSCH

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

*mon président de thèse, hom-
mage respectueux et recon-
naissant.*

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

*en témoignage de mon dévouement
et de ma profonde gratitude.*

A MES MAÎTRES.

Stage

M. le PROFESSEUR GILBERT.
M. le DOCTEUR SAINT-GIRON,
M. le DOCTEUR POTHERAT.

Externat

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY,
M. le DOCTEUR SAUVÉ,
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ TOUPET,
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS,
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY,
M. le DOCTEUR AMEUILLE,
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR,
M. le DOCTEUR TINEL,
M. le PROFESSEUR VAQUEZ,
M. le DOCTEUR DONZELOT,
M. le DOCTEUR GIROUX,
M. le DOCTEUR MAYNIEL,
M. le DOCTEUR VINCHON,
M. le DOCTEUR LARGEAU.

INTRODUCTION

Notre but n'est pas de faire ici une étude complète de l'agoraphobie, encore moins d'entreprendre une étude des discussions innombrables qui ont eu lieu sur la pathogénie des phobies en général. Mais les différents auteurs qui ont traité cette question complexe, sont tous d'accord qu'il se trouve chez tout phobique, des stigmates d'ordre psychique et d'ordre somatique dont l'ensemble forme ce qu'on peut appeler le terrain phobique. Mais ces symptômes sont loin d'être absolument constants et loin d'être toujours identiques à eux-mêmes. C'est pourquoi nous nous sommes demandé si, à la variation de ces différents symptômes correspondait une forme clinique déterminée, s'il était possible de leur attribuer un rôle dans les différentes pathogénies et causes étiologiques des phobies. En particulier, sur la suggestion de notre maître, M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine, nous avons cherché à étudier les perturbations apportées par les troubles de fonctionnement du système sympathique et les modifications qu'un traitement approprié de ces troubles pouvait faire naître dans les manifestations cliniques présentées par ces malades.

Mais ces recherches, opérées sur les phobiques en général eussent nécessité un cadre beaucoup plus important que celui de ce travail. Aussi nous sommes-nous limité aux phobies des lieux et parmi celles-ci à l'agoraphobie comme étant la plus typique et aussi la plus fréquente d'entre elles. Nous commencerons donc par donner un aperçu sommaire des différentes conditions dans lesquelles se présente cette affection, de ses manifestations cliniques et des mécanismes qui ont été invoqués pour l'expliquer. Puis nous présenterons les différents malades que nous avons examinés aux points de vue indiqués plus haut et nous essaierons de tirer de cet examen les conclusions cliniques et pathogénétiques qui s'y rattachent.

Il reste bien entendu que ces conclusions restent particulières et ne peuvent aucunement être prises dans un sens général, le nombre des malades examinés étant trop restreint, pour qu'on puisse appliquer les résultats trouvés à d'autres cas qu'aux leurs. Il faudrait, en effet, un temps très long, dont nous ne disposons pas, pour réunir le nombre d'observations suffisant, l'agoraphobie n'étant pas une affection extrêmement courante.

Les observations que nous présentons ont été prises soit en ville, soit à la consultation neuro-psychiatrique de M. Laignel-Lavastine à l'hôpital de la Pitié, soit à la consultation de prophylaxie mentale du Dr Toulouse.

Nous remercions bien vivement M. le Dr Dupouy dont l'obligeance nous a permis de retrouver quelques-

uns des agoraphobes qui sont passés à sa consultation. Qu'il nous soit aussi permis d'exprimer ici notre profonde reconnaissance à notre excellent maître M. Laignel-Lavastine, qui dans son enseignement a su nous donner le goût de l'étude du sympathique et dans les travaux duquel nous avons puisé à pleines mains, et à ses assistants, MM. les docteurs Vinchon et Largeau qui ont été pour nous les guides les plus précieux dans l'édification de ce modeste travail.

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — L'agoraphobie n'est pas une affection extrêmement fréquente. Dans les consultations de neuro-psychiatrie, on ne rencontre guère qu'un phobique pour 80 malades. Mais parmi ces phobiques il n'en est guère qu'un quart qui soit atteint de topophobie, la folie du doute et le délire du toucher se présentant beaucoup plus souvent. Quant aux topophobies, la plus commune d'entre elles est de beaucoup l'agoraphobie (environ 3 fois sur 4). Mais il est bien entendu que nous ne prenons pas ici le mot agoraphobie dans son sens étiologique, peur des places publiques, mais dans son sens le plus général, c'est-à-dire peur des grands espaces.

Sexe. — L'agoraphobie paraît être un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme : environ 5 cas masculins contre 4 féminins. L'agoraphobie se distingue donc en cela des autres phobies que l'on rencontre beaucoup plus souvent chez la femme (environ 2/3 des cas).

Age. — On voit des syndromes agoraphobiques survenir à tout âge, mais leur apparition a lieu surtout entre 25 et 50 ans. Nous verrons plus loin que ceci est logique, car la grande majorité des agoraphobes sont des panophobiques, qui ne deviennent ensuite agoraphobiques que d'une manière occasionnelle. Lorsqu'elle survient après 50 ans l'agoraphobie arrive généralement au milieu de tout un cortège de symptômes d'affaiblissement mental. Lorsqu'elle survient dans l'adolescence, on a presque toujours affaire à ce que Seglas a appelée les phobies constitutionnelles dans lesquelles, l'hérédité revendique à bon droit une large part.

Antécédents héréditaires. — Tous les auteurs s'accordent à dire que les phobies sont héréditaires au plus haut degré. Mais ce qui est héréditaire, ce n'est pas telle ou telle phobie, c'est bien plutôt le terrain phobique dont on trouve toujours les marques dès le jeune âge et dont nous donnerons la description avec celle des antécédents personnels. Il est assez rare, en effet, de voir le syndrome agoraphobique chez un fils d'agoraphobique. Dans la grande majorité des cas on retrouve chez les parents, la folie du doute, ou l'éreuthophobie ou surtout la panophobie, ce qui peut faire dire en quelque sorte que la systématisation d'une panophobie peut ne se produire que chez ses enfants. Dans les cas où l'agoraphobie succède à elle-même c'est l'indice de ces formes constitutionnelles qui débutent très tôt, dès la puberté, et quelquefois même avant, formes dont le

pronostic est d'ailleurs plus sévère, car elles sont en général extrêmement tenaces.

Nous avons recherché dans un grand nombre des observations que nous avons feuilletées, si, en dehors du terrain phobique, l'ascendance ne présentait pas de tares organiques. Sur 48 observations donnant des précisions suffisantes à ce sujet, on trouve 7 fois l'alcoolisme, 3 fois la syphilis (mais 1 seule fois l'hérédosyphilis) et 2 fois la tuberculose. Dans les observations que nous présentons à la fin de ce travail, nous trouvons un cas d'alcoolisme certain et un autre d'alcoolisme vraisemblable. Aucun cas de tuberculose; dans un cas, la mère de la malade serait morte de rupture d'anévrisme de la crosse de l'aorte, mais la malade elle-même ne présente pas de stigmate absolument réel d'hérédospecificité, et si une réaction de Wassermann pratiquée sur elle a été positive, il paraît plutôt y avoir eu syphilis acquise. De ce qui précède on peut conclure, que seul l'alcoolisme des ascendants aurait peut-être une influence sur la transmission du terrain chez les agoraphobes.

Antécédents personnels. — Comme pour les antécédents héréditaires, il ne semble pas qu'il y ait eu maladie chronique ou aiguë capable d'engendrer l'agoraphobie. Dans les quelques cas d'infections aiguës avec délire, suivies de l'apparition du syndrome agoraphobique, celles-ci paraissent très nettement n'avoir joué qu'un rôle de cause occasionnelle. D'autre part

la proportion de tuberculeux; de syphilitiques et même d'alcooliques ne paraît pas sensiblement plus élevée chez les agoraphobes que chez les autres malades.

En fait, dans la très grande majorité des cas, l'incident pathogénétique ne fait que découvrir l'état morbide, latent, mais qui peut cependant être pressenti par la recherche systématique de tares physiques et psychiques à peu près constantes.

La plupart de ces malades sont des arthritiques; ils sont sujets aux maux de tête, parfois même ils ont des accès de migraine périodiques. Les douleurs articulaires et les névralgies sont également fréquentes chez eux. Les troubles digestifs sont constants. La constipation est la règle ainsi que les petits signes de mauvais fonctionnement du foie (bouche amère, digestion difficile des graisses). Parfois aussi calculose biliaire. Enfin on trouve aussi presque toujours des troubles vaso-moteurs assez marqués. Ces malades rougissent facilement ou au contraire deviennent livides sous l'influence de la plus petite émotion. Ils transpirent beaucoup ou au contraire ont toujours les mains sèches.

Les troubles psychiques sont encore plus accusés. Dès l'enfance, le sujet, parfois très intelligent d'ailleurs, a été de caractère difficile à guider, non pas qu'il veuille résister aux conseils ou aux suggestions, mais parce que, malgré sa bonne volonté, il ne peut arriver à les exécuter. Si bien que ces sujets passent la plupart du temps pour des insoucients alors qu'au contraire ce sont des inquiets. Leur insouciance n'est que de l'a-

boulie, de l'impuissance à agir. Presque toujours on trouve des signes de déséquilibre mental, consistant en une émotivité excessive s'accompagnant parfois de tics nerveux; mais surtout on s'aperçoit que dès l'adolescence ces sujets ont été des timides et des craintifs. Ils ont toujours eu des scrupules religieux et sociaux, un manque total de confiance en eux-mêmes. Ils ont peur de se tromper, peur d'oublier, peur d'agir; parfois ils ont des impulsions, impuissance à s'empêcher d'agir, ce qui est aussi une forme de l'aboulie. Certains ont peur de mourir, peur de se tuer, peur de souffrir. En un mot ce sont des psychasthéniques, candidats à la neurasthénie; ce qui a pu faire dire à Ribot que la panopobie n'était qu'un stade d'indifférenciation.

Cette déficience de la volonté n'est généralement pas seule. Après elle, les deux qualités morales qui sont le plus fréquemment touchées sont le jugement et l'attention. Aussi ces malades sont-ils des originaux, des rêveurs, des romanesques. L'affectivité est généralement très aiguë mais elle manque, elle aussi, d'équilibre. Les chagrins surtout sont très vivement sentis, mais ils prennent la même importance à propos d'un chien ou d'une personne de l'entourage du malade.

La mémoire n'est pas atteinte; de même, l'intelligence est presque toujours normale. On a signalé cependant des cas où le malade avait subi dans son enfance un arrêt ou tout au moins un retard de développement de ses facultés intellectuelles, mais le fait n'est guère plus fréquent chez ces sujets que chez les autres. Ce qui est

caractéristique de ces malades, c'est le développement inégal, la disproportion, le manque d'harmonie et d'équilibre entre les facultés.

A noter qu'il n'est pas rare de rencontrer chez eux des anomalies éthiques qui se manifestent surtout dans la sphère génitale.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — Dans la grande majorité des cas le début est insidieux. C'est insensiblement que le malade devient agoraphobique. Cependant il peut arriver que le début soit extrêmement rapide pour qu'on puisse observer les progrès de l'affection ou même parfois, qu'il soit tout à fait brusque.

a) Le début brusque est le plus rare. Il peut reconnaître deux causes : une infection aiguë ou une émotion vive. Parmi les infections aiguës celle qui peut le plus fréquemment être incriminée est la fièvre typhoïde, surtout lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes nerveux intenses. En phase convalescente, le malade ne peut plus rester sur son balcon, et à la guérison ne peut plus sortir dans la rue. Les traumatismes, surtout crâniens peuvent également donner le même résultat.

L'influence des émotions est encore plus nette, car souvent c'est le genre de cette émotion qui conditionne la systématisation du phobique en agoraphobique, et même la variété d'agoraphobie. Par exemple, la vue d'un accident de voiture déterminera la crainte de la

rue; la vue d'une noyade, la crainte des rivières ou de la mer.

b) Dans certains cas, le début, sans être brusque, est cependant sensible. Le travail de différenciation et d'aggravation de la panopobie est apparent. Ceci a lieu surtout à la puberté dans les agoraphobies constitutionnelles de Séglas. Pendant une durée de 3 à 6 mois avant les premiers accès d'agoraphobie, les troubles physiques et psychiques s'accroissent très nettement. Aux troubles digestifs préexistants viennent s'ajouter des nausées; aux troubles vaso-moteurs, des crises d'anxiété sans raison avec palpitations cardiaques. Le malade souffre de névralgies de plus en plus fréquentes, d'amyosthénie et surtout d'une céphalée en casque des plus persistantes. L'insomnie est la règle et l'on observe souvent des troubles des fonctions génitales.

Au point de vue psychique, le malade devient apathique, indifférent; tout lui paraît bizarre. L'attention devient très déficiente, parfois au point de ne plus pouvoir suivre une conversation. La mémoire aussi devient paresseuse et infidèle; mais surtout, la capacité de travail diminue, la fatigue cérébrale est rapide; le malade commence un travail mais ne l'achève pas.

Enfin, dans quelques cas assez rares, on a pu voir le malade en proie à une agitation insolite.

c) Quant au début lent, c'est généralement celui que l'on rencontre. Il est rare de ne pas trouver à son origine une cause déterminante plus ou moins nette.

Cette cause est toujours de nature débilitante. Le travail excessif, surtout s'il s'agit de travail intellectuel, les chagrins violents, et très souvent aussi les excès sexuels, produisent un état de dépression plus ou moins accentué, surtout chez ces sujets prédisposés. Cette dépression se traduit par une hyperémotivité et une appréhension vague mais constante. Là-dessus vient se greffer un état de malaise, le plus souvent avec des vertiges ou des éblouissements. C'est de ces phénomènes que va sortir l'agoraphobie. Le malade réfléchit que si un de ces vertiges le prenait dans la rue, il serait écrasé ou qu'il tomberait dans son escalier, etc.. Aussi lorsqu'il sort, son assurance est-elle de moins en moins grande, jusqu'au jour où survient tout à fait le syndrome agoraphobique à son paroxysme. A partir du premier accès paroxystique, le malade entre dans ce qu'on peut appeler la période d'état de l'agoraphobie.

Période d'état. — La période d'état est caractérisée par une succession d'accès paroxystiques entre lesquels le malade reprend une vie à peu près normale, à l'exception de quelques symptômes, qui ne l'abandonnent pas.

Symptômes interparoxystiques. — Nous n'insisterons pas sur eux. Ce sont les symptômes caractéristiques du terrain phobique, auxquels s'ajoute presque toujours un fait de neurasthénie assez accentuée, le malade, souffrant beaucoup moralement d'être en proie aux accès et craignant de devenir fou.

Symptômes de l'accès. — L'accès agoraphobique est dans la plupart des cas précédé d'un aura qui dure parfois 2 ou 3 jours et qui consiste en une hyperémotivité excessive et une recrudescence de névralgie, en général de la céphalée. Quelquefois il existe un aura immédiat; c'est alors une sensation très vive d'augor physique et psychique qui étreint le malade.

L'accès d'agoraphobie peut se produire à propos des lieux les plus variés. Aussi, comme nous l'avons déjà fait remarquer, le terme d'agoraphobie n'est-il pas tout à fait exact, puisque l'accès a parfois lieu à la vue d'une rivière ou de la mer, sur un balcon, ou sur un pont. Un exemple historique de cette dernière variété est celui de Pierre le Grand qui ne pouvait pas traverser une rivière sur un pont mais la traversait très bien sur une barque. On sait également qu'Héraclius, revenant d'une campagne en Asie-Mineure, fut atteint d'une phobie de la mer si forte qu'il fallut faire construire un pont de bateaux sur le Bosphore avec un parapet énorme, empêchant la vue de la mer, pour qu'il pût rentrer à Byzance. Il n'est même pas nécessaire que le malade soit dehors, l'accès peut se produire à l'église, au théâtre, dans un hall; il suffit qu'il y ait un espace assez grand, par opposition à la claustrophobie (peur des petits espaces).

En présence d'un grand espace, ou mieux d'un espace vide, dans la plupart des cas, le malade est saisi brusquement d'une crainte angoissante. Cette angoisse est avant tout cérébrale. Le sujet a l'impression d'avoir

un espace énorme à traverser. En même temps il a une sensation de vide céphalique absolu, avec confusion des idées, et constriction des tempes. Le malade se présente alors sous deux attitudes principales.

a) Le malade est dans l'impossibilité d'avancer. Il reste immobile, les membres raidis, les yeux fixes, le regard vague, semblant complètement absent, ne répondant pas lorsqu'on lui cause. Il rougit et pâlit alternativement, mais la pâleur est beaucoup plus accusée que la rougeur. Parfois même, il peut y avoir incontinence d'urine ou de matières ou émission involontaire de gaz.

b) Ou bien le malade est en proie à une agitation désordonnée. Il se précipite, courant de côté et d'autre, revenant sur ses pas, et ne sachant quelle direction prendre. Les yeux sont hagards et le visage couvert de sueur. Souvent le malade pousse des cris ou gémit; la gorge est serrée, l'anxiété épigastrique est intense. En même temps la respiration s'accélère et devient oppressée, le pouls est rapide et surviennent des palpitations cardiaques.

Entre ces deux types bien tranchés, on peut trouver des formes intermédiaires.

Si, par un effort puissant de sa volonté, le malade peut arriver à avancer dans la direction suivie, il peut parfois franchir le pas difficile sans autre trouble qu'une malaise très pénible. Mais le plus souvent la situation s'aggrave en se prolongeant. La sensation de constriction thoracique augmente; l'oppression devient de la

dyspnée. Il y a alternative de chaud et de froid avec sueurs profuses. Puis surviennent des étourdissements, des phénomènes vertigineux, avec bourdonnements d'oreilles, éblouissements, dérochement des jambes, sensation de lipothymie et parfois même syncope complète.

La grande majorité des auteurs s'accordent à penser que la conscience est absolument intacte pendant l'accès agoraphobique. Cependant Ségla8 estime que, si la conscience est conservée avant et après l'accès, elle est obnubilée pendant. Il prétend que pendant toute la durée de l'accès, le malade ne se rend pas compte de ce qu'il fait, et il cite même une observation dans laquelle l'accès agoraphobique s'accompagnait d'un dédoublement de la personnalité. La chose, quoique peu fréquente, n'a rien qui puisse étonner, puisque le dédoublement de la personnalité s'observe surtout chez les psychasthéniques, et que les phobiques sont toujours des psychasthéniques. Les deux syndromes de dédoublement de la personnalité et d'agoraphobie peuvent co-exister sans être pour cela liés l'un à l'autre. D'ailleurs certains malades disent bien que, même pendant le paroxysme de leur accès agoraphobique, ils se rendent parfaitement compte de la stupidité de leur crainte, mais qu'ils sont impuissants à s'en affranchir. Les sensations sont d'ailleurs parfaitement perçues.

A côté des sensations physiques que nous avons décrites plus haut, existent d'autres sensations, purement imaginatives et qui sont tout à fait diverses d'un malade à l'autre. Les uns ont la sensation que leurs pieds

s'enfoncent dans l'argile, les autres voient les pavés couler sous leurs yeux, d'autres ont la sensation du mirage et pensent que l'espace qu'ils ont à traverser va s'éloigner s'ils avancent. On pourrait multiplier ces exemples à l'infini.

L'idée des espaces vides peut parfois suffire à provoquer la crise agoraphobique; le malade de Morel, calfeutré dans son appartement pour éviter les accès qui le surprenaient dans la rue, les éprouvait chez lui, même lorsqu'il était couché.

Chez certains malades, les accès ne se produisent qu'à jeun ou bien à la suite d'une grosse fatigue. Il est d'ailleurs à noter que chez tous les agoraphobiques les accès sont en général plus violents lorsqu'ils sont à jeun.

Pour faire cesser ou pour éviter l'accès paroxystique, il suffit d'un phénomène, le plus souvent très simple, parfois au contraire bizarre. Généralement la présence d'une personne empêche l'accès, mais il peut arriver aussi qu'il suffise que le malade ait sa canne. Les conversations, les distractions, les préoccupations même peuvent empêcher la crise. Certains malades n'ont jamais d'accident lorsqu'ils sont accompagnés par un chien. Chez d'autres, au contraire, la vue de cet animal peut faire naître l'état d'angoisse.

On peut rencontrer également des agoraphobes auxquels il suffit d'une voûte ou d'un plafond pour que tout cet accès angoissant disparaisse. Certains ouvrent même simplement leur parapluie. D'autres arrivent facilement à traverser les rues lorsqu'ils peuvent suivre une voiture.

En général les accès sont beaucoup moins fréquents lorsqu'il y a beaucoup de monde. La sensation de vide est souvent prépondérante dans l'agoraphobie. Westphall rapporte l'observation d'un malade qui n'était agoraphobique que le dimanche, parce que ce jour-là la circulation de la ville était très diminuée.

Enfin on peut voir l'accès agoraphobique conditionné par les circonstances les plus étranges. Un officier n'avait d'accès que lorsqu'il était habillé en civil (Gilbert Ballet); tel autre, lorsqu'il faisait beau temps, tel autre lorsqu'il ventait, etc., etc...

Evolution. — L'accès une fois passé, le malade est tranquille pendant un temps plus ou moins long. Au début les accès sont en général assez espacés. Il arrive même parfois que le malade essaie de lutter contre eux. Comme nous l'avons déjà dit, il y arrive parfois et obtient quelques succès partiels sans autre dommage qu'un malaise. Dans ce cas, le malade peut avoir une rémission plus ou moins longue. Les accès ne se reproduisent plus. Seul, le malaise persiste pendant la traversée d'une rue ou de tout autre espace. Il forme alors ce qu'on pourrait appeler un « équivalent » agoraphobique. Puis à un moment donné, sans qu'on puisse au juste en découvrir la raison, les accès reparaissent. Quelquefois le malade essaie encore de lutter, mais s'il est abandonné à lui-même il finit toujours par succomber. Puis la fréquence des accès augmente, au point de se renouveler toutes les fois que le malade se trouve

en présence de sa phobie et sa force de résistance diminue de plus en plus par suite de ses défaites successives.

Alors le malade entre en pleine neurasthénie (lorsqu'il n'y est pas déjà) et le cercle vicieux va toujours en augmentant. La souffrance morale du malade qui se rend très bien compte de l'inanité de ses craintes est très grande. Il a peur de la folie, et attache une attention obsédante à sa maladie. Le découragement augmente de plus en plus, et le malade perdant toute confiance en sa volonté commence à chercher des « trucs », pour éviter le renouvellement des accès. A partir du moment où le malade commence à utiliser ces trucs, on peut considérer l'agoraphobie comme définitivement installée, passant en quelque sorte à l'état permanent.

Ces trucs présentent d'ailleurs une variété considérable, comme nous l'avons vu (canne, parapluie, chien, etc.) mais le plus fréquent est de voir le malade ne sortir de chez lui qu'accompagné. Mais bientôt ces petits moyens ne suffisent plus et le malade finit par être obligé d'adapter complètement son genre de vie à sa phobie. Il loge au rez-de-chaussée, s'il a peur des escaliers; il choisit ses heures pour sortir ou bien il ne sort que quand il pleut; il passe par de petites rues faisant parfois un trajet considérable et obligé de rentrer chez lui sans avoir pu vaquer à ses affaires. Dans beaucoup de cas, les agoraphobiques finissent par ne plus sortir de chez eux.

A ce stade il n'est pas rare de voir s'installer chez le malade, une autre phobie, sans aucun rapport avec l'agoraphobie d'ailleurs; nous n'avons pas trouvé d'observations signalant le coexistence avec l'agoraphobie d'une autre topophobie (claustrophobie, cremnophobie, etc.)

Le plus souvent il s'agit d'une idée obsédante fixe (peur d'être crambriolé ou assassiné, peur du compteur à gaz, etc.). La vie du malade devient alors tout à fait intolérable. C'est une suite de souffrances morales d'autant plus vives que le malade, dont l'intelligence est parfaitement intacte, se rend compte de leur peu de fondement. Il lui devient impossible de travailler, la vie lui est à charge, et elle l'est aussi aux personnes de son entourage. Quelques agoraphobiques finissent par avoir des idées de suicide, mais il est rare qu'ils les mettent à exécution ou bien s'is ébauchent une tentative, elle avorte. Ce sont des abouliques, dont la volonté dégénérée est incapable d'un acte qui demande autant d'énergie.

Abandonnée à elle-même, l'agoraphobie n'a pas de tendance spontanée à guérir, mais sous l'influence d'un traitement approprié on peut obtenir de très grandes améliorations et même des rémissions qui peuvent durer plusieurs années. Cependant il est rare, qu'au bout d'une période quelquefois très longue, il n'y ait pas rechute. Ces rechutes son tabsolument semblables, comme symptomatologie et comme pronostic; aux premières atteintes et elles sont justiciables du même traitement.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'agoraphobie est bénin *quo ad vitam*, puisque, comme nous venons de le dire, les idées de suicide ne sont jamais mises à exécution. Au point de vue mental le pronostic est également bon puisque jamais l'agoraphobie n'aboutit à la démence. Mais cependant, s'il n'y a pas à proprement parler démence, il y a souvent un certain degré d'affaiblissement intellectuel, ou plutôt de diminution de la capacité de travail. Au point de vue social le pronostic est donc beaucoup plus ennuyeux, d'abord parce que le malade est dans un état de neurasthénie qui lui rend très difficile toute espèce de travail intellectuel, ensuite parce que tous les petits moyens qu'il emploie pour se préserver des accès agoraphobiques, l'obligeant à ne sortir qu'à certaines heures, à prendre des chemins démesurément longs, ou même à ne plus sortir du tout, diminuent singulièrement son activité sociale.

Heureusement, dans la grande majorité des cas, on peut, par un traitement approprié, obtenir sinon la guérison complète de l'agoraphobie, au moins une très

grosse amélioration, qui permet au malade de mener une vie à peu près normale, exception faite des symptômes inhérents au terrain phobique, qui sont à peu près indélébiles.

Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi les améliorations obtenues sont plus ou moins nettes selon les cas, et le médecin sera obligé de guider son pronostic d'après les quelques indications suivantes.

1^o Les agoraphobies accidentelles, surtout celles qui surviennent à la suite d'une maladie infectieuse, sont en général peu tenaces, presque transitoires; ce sont d'ailleurs les seules auxquelles il arrive de guérir spontanément sous la seule influence de la volonté du malade;

2^o Les agoraphobies constitutionnelles sont les plus graves, surtout lorsque l'hérédité du malade présente déjà un agoraphobique. Comme ces agoraphobies débutent en général à la puberté, on peut en déduire que les agoraphobies qui débutent à cet âge sont extrêmement rebelles. Les améliorations, lorsqu'on peut en obtenir, sont rapidement suivies de rechutes. D'ailleurs, on peut dire, de façon générale, que le pronostic est d'autant meilleur que l'affection a débuté à un âge plus avancé;

3^o Le pronostic est intimement lié à l'état mental du malade. Lorsqu'il n'est pas très déprimé, lorsque surtout il est encore capable de travail intellectuel on peut espérer une guérison assez complète, et qui peut durer pendant de longues années.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la crise agoraphobique est en général des plus faciles. Les deux gros éléments du diagnostic positif sont d'une part la présence d'une angoisse physique et psychique, d'autre part le fait que, en dehors de ses crises, le malade reconnaît parfaitement leur inanité et avoue ne pas pouvoir les dominer.

Les seuls accidents avec lesquels on peut confondre les paroxysmes agoraphobiques sont les différents vertiges.

1° Le vertige simple ou vertige ténébreux, s'accompagne de tournoiement des objets et d'obscurcissements de la vue, symptômes qui n'existent pas dans l'agoraphobie, où les sensations sont purement imaginatives et ne consistent pas en tournoiement.

2° Les vertiges d'origine auriculaire, sont immédiatement décelés par l'examen otoscopique; de plus, cliniquement, ils s'accompagnent de latéropulsion et souvent de chute.

3° Les vertiges épileptiques, qui sont en général des équivalents d'accès, surviennent dans des circonstances qui n'ont aucun rapport avec l'agoraphobie. De plus,

il n'y a aucune conservation de la conscience, ni même de souvenir du vertige.

4^o Plus délicat est le diagnostic avec le simple vertige stomacal, si, comme il arrive fréquemment, il s'accompagne d'un certain degré d'hypochondrie. Mais ces vertiges ne surviennent pas toujours en présence d'un grand espace; ils surviennent plutôt à une heure déterminée. De plus ils sont surtout caractérisés par une sensation nauséuse et par l'impression de chute, que par de l'angoisse qui, en tout cas, n'est pas comparable à celle que l'on observe dans l'accès agoraphobique.

A vrai dire la grosse difficulté du diagnostic est de savoir s'il s'agit simplement de vertige stomacal, lorsque ceux-ci se produisent chez un phobique. En effet nous avons vu que ceux-ci, avant d'être des agoraphobiques pouvaient présenter des phénomènes vertigineux, sur lesquels ils construisent parfois eux-mêmes le germe de leur phobie. La recherche des autres stigmates du terrain phobique, celle de l'hérédité, l'examen du système neuro-végétatif, pourront alors, seuls, faire présumer, dans une certaine mesure, le commencement d'une agoraphobie qui se développe.

PATHOGÉNIE

L'agoraphobie a d'abord été considérée comme une affection distincte, ayant sa pathogénie à part de celle des autres phobies. Nous ne citerons que pour mémoire les pathogénies de Bénédict, pour lequel l'agoraphobie serait due à un trouble de la vue (nous avons vu que précisément l'absence de ces troubles est la règle); de Westphall, qui la considère comme parente de l'épilepsie; de Cordes, qui en fait un trouble psycho-moteur engendrant à son tour un sentiment de peur. Pour Legrand du Saulles, l'agoraphobie serait primitive chez l'homme et chez la femme secondaire à une maladie débilitante ayant entraîné la neurasthénie. Nous avons vu que chez la femme comme chez l'homme il faut toujours invoquer un terrain spécial et que d'autre part, chez l'un comme chez l'autre, l'agoraphobie peut suivre une maladie débilitante. Enfin, pour Fournet, l'agoraphobie est une paralysie morale; c'est une insuffisance psychique aidée parfois par une insuffisance organique. C'est en quelque sorte le prélude des deux théories qui se sont longtemps combattues, et que actuellement, on tend à admettre toutes deux pour vraies.

La théorie de Morel est une théorie physique. Pour lui l'agoraphobie est d'origine émotive et cette émotivité est en corrélation avec des troubles du sympathique. Cette théorie, soutenue successivement par Mickle, Berger, etc. a eu son apothéose avec Freud qui a fait de l'agoraphobie une névrose d'angoisse.

Au contraire, Magnan en France, Krafft Ebing en Allemagne et avec eux Ball et Lasègue, voient en l'agoraphobie un trouble intellectuel (vertige mental de Lasègue, stigmatisme psychique des dégénérés de Magnan).

Plus récemment, Séglas, Gilbert Baillet, Pitres et Régis sont éclectiques et pensent qu'il entre dans l'agoraphobie une part psychique et une part physique.

Ce fait est évident dans la plupart des observations que nous avons consultées. Dans celles qui vont suivre, nous verrons également que si tous les agoraphobiques que nous étudierons sont des psychasthéniques, nous trouverons toujours chez eux des troubles du sympathique.

OBSERVATIONS

Obs. I. — M. D..., ménagère, âgée de 42 ans. Se présente à la consultation de M. Laignel-Lavastine, accompagnée de son mari, car elle ne peut sortir seule.

Histoire de la maladie. — Elle souffre depuis 1915 de crises toujours nocturnes, qui la réveillent vers 11 h. du soir et durent environ 3 heures. Ces crises sont caractérisées par une douleur dans l'hypocondre droit, sous les fausses-côtes. Cette douleur n'est pas très violente; elle est peu localisée et même change de place. Pas de sensation de constriction. Elles ont débuté brusquement il y a 5 ans et depuis se reproduisent en moyenne 2 ou 3 fois par semaine, avec des périodes d'accalmie. Jamais d'ictère. Les douleurs sont calmées par le laudanum et surtout par le vomissement qu'elle essaie elle-même de provoquer. Un médecin lui aurait trouvé un point vésiculaire, mais la radiographie n'a rien montré du côté de la vésicule biliaire.

La malade a maigri depuis 1915, mais cependant elle ne paraît pas très anémiée. Elle se condamne d'ailleurs d'elle-même à un régime alimentaire des plus stricts.

La malade raconte que depuis le début de ces crises douloureuses, elle a de fréquents étourdissements. Ces étourdissements ont augmenté en nombre et en intensité et, depuis quelques mois, il lui est même arrivé de perdre complètement connaissance. Depuis un mois cela lui est arrivé trois fois.

Ces pertes de connaissance surviennent toujours après le repas de midi, en se levant de table. Elle sent venir sa crise et tombe par terre, mais ne s'est jamais fait aucun mal. Jamais en ces moments son mari n'a remarqué qu'elle ait de l'asymétrie faciale ni d'embarras de la parole ensuite. Aucune espèce d'agitation ni de convulsions pendant ces crises. Elle reste complètement immobile et très pâle. Pas d'émission d'urine, pas d'écume aux lèvres. Ces pertes de connaissance durent environ 10 minutes.

Après la dernière de ces crises elle a voulu sortir, mais une fois dans la rue, elle a eu peur, s'est mise à courir en tous sens, a eu des palpitations et une anxiété extrême et finalement a été obligée de rentrer chez elle. Depuis elle n'a plus osé sortir de chez elle parce qu'elle a peur de tomber dans la rue. « J'ai senti mes jambes se dérober sous moi » dit-elle. Elle a d'ailleurs toujours eu peur des voitures et n'a jamais pu traverser une rue sans courir. Elle restait même parfois 1 quart d'heure à se promener sur le bord du trottoir sans oser traverser. Mais jamais elle n'avait ressenti une angoisse aussi forte que dernièrement.

Depuis, elle se fait accompagner par son mari toutes

les fois qu'elle sort. Elle n'éprouve aucune difficulté à sortir ni à traverser les rues, qu'elles soient désertes ou qu'il y ait beaucoup de voitures. Il ne lui est même pas nécessaire que son mari lui donne le bras. Elle marche tranquillement à ses côtés.

En outre la malade se plaint de troubles digestifs (digestions pénibles bien quelle mange extrêmement peu) et surtout d'une constipation opiniâtre.

Elle a également très souvent mal à la tête. Depuis un mois elle souffre d'une céphalée en casque, surtout le soir. Elle dort extrêmement peu. Elle accuse encore des douleurs névralgiques assez imprécises, et aussi des douleurs internes disséminées qui paraissent être cœnesthopathiques.

Elle est particulièrement mal pendant l'époque de ses règles. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans. Ses règles ont toujours eu une durée de deux jours. Elles étaient peu abondantes et s'accompagnaient toujours de crises douloureuses et nerveuses. A partir de 1915 ses règles, qui jusque là venaient régulièrement tous les 28 jours, viennent tous les 22 ou 25 jours. Depuis quelques mois, elle ne perd presque plus; le sang est noir, coagulé, en très petite abondance.

Elle pleure abondamment pendant presque toute la durée de ses règles.

Anlécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer. Elle était extrêmement nerveuse et avait peur de tout. Le père âgé de 67 ans est bien portant. Sans que la malade l'affirme catégoriquement, il semblerait qu'il lui arrive de boire plus que de raison.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Ni scarlatine ni fièvre typhoïde. A toujours été extrêmement impressionnable. Elle est phobique a tous points de vue, passant sa vie à s'inquiéter et à prendre des précautions. En particulier elle a peur d'être cambriolée et elle a peur des couteaux.

Examen. — Femme solide, bien constituée. A l'examen du thorax on remarque une éruption seborrhéique au-dessous des seins. Elle a de l'acné sur le visage. Son système pileux est très développé : elle a de la barbe et de la moustache.

Appareil digestif. — On trouve un point vésiculaire et un point appendiculaire peu nets. Hyperesthésie douloureuse dans la région hépatique, mais avec élément nerveux surajouté car si on fait causer la malade pendant qu'on l'examine on ne provoque plus de réaction douloureuse.

Langue saburrale. Pas de leucoplasie buccale.

Appareil circulatoire. — Rien d'anormal à l'auscultation du cœur. Tension artérielle 13 1/2, 9 au Pachon.

Examen des poumons. — Normaux.

Examen des urines. — Ni sucre ni albumine.

Examen du sang. — Réaction de Wassermann négative.

Système nerveux. — Réflexes un peu vifs aux membres supérieurs, normaux aux membres inférieurs.

Les pupilles réagissent normalement. Mydriase.

Réflexe pilo-moteur faible.

Les réflexes oculo-cardiaques et solaires ont été enre-

gistrés sur les graphiques, pris avec le concours du Dr Largeau.

Le premier graphique donne un réflexe oculo-cardiaque positif et un réflexe solaire plus positif encore.

Le deuxième graphique, pris après un traitement d'une semaine à la teinture de belladone donne un réflexe oculo-cardiaque presque nul, mais un réflexe solaire encore beaucoup plus positif.

Ce résultat est paradoxal mais non exceptionnel. La malade, sympathicotonique, a donc été traitée par l'ésérine. Elle est actuellement en voie d'amélioration mais n'a plus voulu se prêter à un nouvel examen de ses réflexes neuro-végétatifs.

Obs. II. — J... employé de bureau, 37 ans. Se présente à la consultation de M. Laignel-Lavastine parce qu'il est en pleine crise agoraphobique.

Histoire de la maladie. — Cette crise d'agoraphobie est la seconde. La première date de 1912, à l'âge de 25 ans, au moment de la mort de son père. Son père était un ouvrier, très énergique et très travailleur, ayant cherché à élever son fils à une condition sociale supérieure à la sienne. L'exemple du travail et la ferme direction paternelle ont entraîné le fils, qui a passé un concours pour obtenir la situation qu'il occupe maintenant dans une profession presque libérale. Il était d'ailleurs tout heureux d'être soutenu dans la vie par une main énergique. Timide et craintif, il n'a jamais connu les femmes.

La mort de son père, brutale (hémorragie cérébrale), effondre le malade. Il cherche un stimulant au café, dans les conversations des camarades et les apéritifs et pendant un certain temps il continue sa vie, sans trop penser ni réfléchir.

Mais bientôt, la crainte de mourir, comme son père d'une attaque d'apoplexie, le prend. Pour se protéger le crâne contre le soleil, il prend l'habitude de toujours porter une casquette et de garder ses cheveux longs. Sur les instances de sa femme, il va chez le coiffeur. Mais le bruit de la tondeuse et des ciseaux, le froid de l'acier, le mettent dans un état d'énervement pénible. Il rougit, puis pâlit tour à tour, et finit très rapidement par ne plus retourner chez le coiffeur.

Puis, très vite, il s'aperçoit que les grands espaces lui font peur. Dans la rue, la marche reste possible. Il emploie une série de trucs, rasant les maisons, suivant les files de voitures arrêtées, traversant les rues en même temps qu'une autre personne. Mais c'est à l'usine qu'il subit ses grandes crises d'agoraphobie. Le grand hall des machines qu'il est obligé de traverser chaque jour pour aller porter des papiers à la direction, le terrifie par sa solitude. Pour le traverser, il part à regret, armé de sa canne et coiffé de sa casquette, mais il est arrêté dès qu'il arrive devant le hall fatal.

Quand il arrive devant les vingt mètres de carrelage luisant, il se sent pris d'une angoisse terrible. Il reste debout, immobile, sentant ses jambes se dérober sous lui. Il est extrêmement pâle, couvert de sueurs froides,

la face crispée, l'œil fixe. Il essaie alors de truquer, de longer le mur, de s'abriter sous un moteur, de se baisser pour toucher le carrelage. Tantôt il choisit le moment où le hall est plein de monde; mais les ouvriers le regardent, et le résultat reste le même : il est obligé de revenir à son point de départ.

Il consulte un médecin, et au bout d'environ deux mois de traitement, les symptômes s'amendent peu à peu. Néanmoins il reste toujours hésitant, et conserve de petites manies protectrices : la canne, la casquette, le porte-plumé à la main; il s'asseyait sur des chaises trop basses, etc., etc.

Pendant douze ans, il trompe ainsi sa maladie et supporte même la guerre sans trop de défaillance. Mais il est envoyé dans une usine de la Ruhr. La discipline militaire lui retire sa canne et sa casquette mais, cependant elle le soutient, et l'aide en quelque sorte à esquiver les névroses, malgré le hall énorme de l'usine allemande. La camaraderie, très resserrée en pays hostile, lui apportait aussi un peu d'oubli. Enfin il caressait le rêve de faire bâtir avec les économies de sa double solde, une petite maison aux environs de Paris.

Mais il apprend que sa femme se croit enceinte et l'avenir de sa famille lui paraît compromis. La nouvelle est bientôt reconnue fausse mais néanmoins, il prend la résolution de s'abstenir de tout rapport sexuel. Les effets de la chasteté viennent s'ajouter à ses autres préoccupations et peu à peu l'agoraphobie du hall se réinstalle, exactement identique à la première crise d'il y a 12 ans.

Mais il paraît y avoir aggravation, car les accès agoraphobiques ont lieu aussi bien dans la rue que dans l'usine. La circulation est devenue difficile, impossible même à certains jours.

Evacué de la Ruhr, il visite plusieurs neuro-psychiatres, reste un mois chez lui, ne s'améliore pas et arrive à l'hôpital de la Pitié.

Il arrive à la consultation avec l'attitude et le geste du plus complet désarroi. Sa femme venait de le descendre d'un taxi. Il entre en chancelant, une main crispée sur sa canne, l'autre main assurant sa casquette sur une chevelure désordonnée et de longueur inusitée. Une bouteille contenant une potion calmante sortait de sa poche. L'angoisse arrêta ses mots dans sa gorge et c'est sa femme qui raconte son histoire.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorragie cérébrale, très énergique. Mère timide, inquiète, annihilée par la forte personnalité de son mari. Vivait constamment dans la crainte des maladies.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie. Souffre de constipation chronique. A de temps en temps des vomissements biliaires.

Examen. — Homme extrêmement tort. Système pileux assez peu développé.

Appareil digestif. — Région hépatique un peu sensible. Langue saburrale. Pas de leucoplasie buccale.

Appareil circulatoire. — Rien au cœur. Tension artérielle 16-8 au Pachon.

Examen des poumons. — Normaux.

Examen des urines. — Ni sucre ni albumine.

Examen du sang. — Réaction de Wassermann négative.

Système nerveux. — Réflexes rotuliens et pupillaires normaux; réflexe pilo-moteur très intense; réflexe solaire absent; réflexe oculo-cardiaque : ralentissement de 13 pulsations par minute.

Le malade est soumis pendant quinze jours au traitement belladonné et on constate :

Réflexe solaire nul; réflexe oculo-cardiaque : ralentissement de 9 pulsations par minute.

Sous l'influence de ce traitement et surtout sous l'influence du traitement moral, pratiqué sur place par M. le Dr Vinchon, le malade est presque complètement guéri au bout de deux mois. Il évite d'ailleurs soigneusement de faire reprendre son réflexe oculo-cardiaque.

Obs. III. — M. J... gymnaste, âgée de 45 ans, vient à la consultation neuro-psychiatrique de la Pitié, pour troubles nerveux.

Histoire de la maladie. — Se présente à l'hôpital parce qu'il a depuis quelque temps des vertiges. C'est la première fois que cela lui arrive; il a toujours joui d'une très bonne santé. Lorsqu'il était jeune il était extrêmement porté sur les femmes, sauf à certains périodes où il souffrait d'accès de dépression, pendant lesquels il n'avait plus goût à rien, mais qui cependant n'allaient pas jusqu'à lui rendre le travail impossible.

De caractère inquiet, il a souffert physiquement mais surtout moralement pendant toute la guerre. Il part en Orient et en est profondément affecté parce qu'il pensait que cela allait retarder son mariage. Toutefois, il revient d'Orient, se marie et a un enfant. A partir de ce moment, il devient extrêmement nerveux, s'affolant au moindre bobo de son enfant et s'emportant après sa femme parce qu'elle est d'un tempérament calme.

Enfin depuis 6 mois il a beaucoup travaillé en vue d'améliorer la situation pécuniaire de sa famille.

Depuis environ six semaines, il se sent tellement fatigué, qu'il pense que le soir, au cirque, il ne pourra plus accomplir ses exercices. Un soir en entrant sur la piste il s'est senti effrayé au moment d'entrer dans ce grand espace, s'est mis à courir de côté et d'autre, s'est senti pris de vertiges intenses avec sensation de dérobement des jambes, et a été obligé de se retirer. Les jours suivants les vertiges recommencent mais un garçon l'accompagne jusqu'au milieu de la piste, et au prix d'un effort extraordinaire, dit-il, il arrive à exécuter ses exercices. Mais il pense d'ailleurs qu'il va bientôt être obligé de renoncer à son métier.

Il y a dix jours, étant sorti avec son fils, âgé de 5 ans, les vertiges l'ont repris, avec les mêmes sensations qu'au cirque. Depuis, ces crises d'agoraphobie avaient cessé, au moins dans la rue, jusqu'à hier où étant de nouveau sorti avec son fils, il a été repris d'angoisse avec agitation au moment de traverser la place du Châtelet. Aussi arrive-t-il avec la ferme intention de ne plus sortir avec son enfant,

Etat actuel. — Le malade est en assez bonne santé, mais il se plaint d'insomnies et de cauchemars zoopsiques. Le matin il se réveille avec la bouche amère et il présente un léger tremblement des doigts. Il avoue d'ailleurs qu'il ne dédaigne ni l'apéritif ni le digestif. Depuis quelque temps il remarque aussi un certain degré d'inappétence sexuelle.

Antécédents héréditaires. — N'a pas connu ses parents.

Examen. — Malade très bien bâti mais aux traits fatigués. Acné des épaules. Système pileux très développé.

Appareil digestif. — Foie un peu gros. Langue saburrale. Pas de leucoplasie buccale.

Appareil circulatoire. — Cœur normal. Tension artérielle 19-9 au Pachon.

Poumons. — Normaux.

Urines. — Pas d'albumine. Traces de sucre.

Examen du sang. — R. Wassermann négative.

Système nerveux. — Réflexes normaux aux membres supérieurs. Réflexes diminués aux membres inférieurs; réflexes pupillaires normaux. Mydriase accentuée. Exophthalmie sensible. Réflexe pilo-moteur peu marqué; réflexe oculo-cardiaque à peu près nul : 5 pulsations de moins en une minute; réflexe solaire très marqué.

Obs. IV. — M. S..., 33 ans, ménagère; est amenée en consultation par son mari pour neurasthénie et agoraphobie.

Histoire de la maladie. — Depuis trois mois est en

proie à une crise de neurasthénie. Elle pleure abondamment presque tous les jours; elle délaisse les soins de son ménage. Elle aurait même eu dit-elle des idées de suicide. Il y a quinze jours, en faisant des courses, a été prise de vertiges, et n'a pas osé traverser une rue. Elle est restée sur le trottoir, sans bouger, dans une angoisse terrible. Elle est rentrée chez elle, sous la protection d'un passant et depuis n'a plus osé sortir de chez elle.

Cette crise d'agoraphobie est la quatrième. Elles ont toutes été accompagnées d'un cortège de symptômes neurasthéniques. Elles ont toutes été caractérisées par des accès d'angoisse avec impossibilité d'avancer, la malade restant fixée sur place, pâle et le visage couvert de sueurs froides.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique mort d'accident. La mère était en proie à une obsession qu'elle a gardée jusqu'à la fin de sa vie (morte à 48 ans de pneumonie) qui consistait à ramasser et à inspecter tous les chiffons, qu'elle rencontrait.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans. Scarlatine à 13 ans. Entérite muco-membraneuse à 18 ans, dont elle souffre toujours par rechutes successives. La première crise d'agoraphobie a eu lieu à 19 ans à la suite de chagrins d'ordre sentimental. Deuxième crise à 27 ans, troisième à 31 ans.

Réglée à 15 ans. Les règles ont toujours été douloureuses, peu abondantes et en retard de 7 à 8 jours. Depuis six mois, la malade n'a eu que deux fois des règles

insignifiantes. Elle accuse aussi une disparition presque totale de l'appétit sexuel.

Elle remarque aussi que, depuis un an, elle engraisse de façon constante. Elle donne d'ailleurs dans une certaine mesure l'aspect d'un syndrome adiposo-génital au début.

Actuellement elle se plaint en plus, de digestions pénibles et d'alternations de diarrhée et de constipation. Depuis près de trois mois elle souffre plus ou moins violemment d'une céphalée gravative, en casque, très pénible. Elle accuse également des névralgies, surtout dans les épaules, le cou et la région lombaire.

Examen. — Femme petite, boulotte, d'aspect apathique, dont les yeux paraissent toujours noyés de larmes.

Appareil digestif. — Hémorroïdes. Pas de leucoplasie buccale.

Appareil circulatoire. — Cœur normal. Tension artérielle 13-7 au Pachon.

Poumons. — Submatité et obscurité respiratoire au sommet droit.

Urines. — Ni sucre ni albumine.

Examen du sang. — Réaction de Wassermann négative.

Système nerveux. — Réflexes tendineux, vifs aux muscles supérieurs et inférieurs; réflexes pupillaires normaux; réflexe pilo-moteur généralisé et très violent; réflexe mamillo aéroloire marqué; réflexe solaire presque inexistant; réflexe oculo-cardiaque très positif : ralentissement de 15 pulsations par minute.

Obs. V (n° 2.409 de la consultation de prophylaxie mentale). — G... Anna, âgée de 38 ans, vient consulter pour la première fois le 15 mars 1923 pour agoraphobie.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à environ un an. Ce début a été progressif; la malade se sentait extrêmement fatiguée et triste. Depuis, toutes les fois qu'elle sort dans la rue, elle est prise de vertiges au moment de traverser la chaussée. Mais à la vérité, ces accès ne sont pas caractérisés par une immobilité totale ni par une agitation désordonnée. Il y a une sensation d'angoisse assez violente, accompagnée de vertiges et d'alternatives de pâleur et de rougeur de la face. Cet état, avait duré environ deux mois, puis s'était amendé, jusqu'en septembre 1922 où il y eut une aggravation nette. Cependant la malade a toujours pu réussir à sortir seule, quoique avec difficulté. Cet état dure jusqu'en mars 1923 où elle vient consulter. Au bout d'un mois et demi de traitement par les reconstituants (cacodylate de soude) et par la psychanalyse, elle constate une disparition à peu près complète de ces troubles. Elle n'a que de très faibles incidents jusqu'en novembre 1924 où elle recommence une nouvelle période agoraphobique dont l'intensité n'est d'ailleurs pas plus forte que la première.

Elle se plaint en outre d'une constipation opiniâtre, de bouffées de chaleur avec poussées congestives de la face, et d'accès de migraine survenant à peu près régulièrement tous les mois et durant environ 48 heures.

Antécédents^{sc}_h héréditaires. — Père et mère bien por-

tants. Ne paraissent pas avoir présenté d'accidents phobiques.

Antécédents personnels. — Rougeole à dix ans. Mariée depuis 13 ans. A eu un enfant de 7 mois non viable et a fait une fausse couche en 1914 suivie de salpingite double ayant nécessité une ovariectomie.

Examen. — Femme d'aspect assez chétif malgré son embonpoint. Teint jaunâtre. Acné seborrhéique.

Appareil digestif. — Hémorroïdes. Pas de leucoplasie buccale. Langue saburrale. Foie un peu gros.

Appareil circulatoire. — Cœur normal. Tension artérielle 15-8 au Pachon.

Poumons. — Normaux.

Urines. — Pas d'albumine. Traces de sucre.

Examen du sang. — Réaction de Wassermann négative.

Système nerveux. — Réflexes tendineux normaux; réflexes pupillaires normaux; réflexe pilo-moteur, assez marqué; réflexe solaire légèrement positif; réflexe oculo-cardiaque : ralentissement de 10 pulsations par minute.

Obs. VI (n° 4.450 de la consultation de prophylaxie mentale). — M... Alice, couturière, âgée de 26 ans. Vient consulter le 17 novembre 1923 pour agoraphobie.

Histoire de la maladie. — La malade est accompagnée de sa tante parce qu'elle n'ose plus sortir seule depuis plus d'un mois. A la suite d'une grosse contrariété, survenue il y a six mois, elle a fait une crise de neu-

rasthénie, qui l'a obligée à quitter son atelier. Il y a deux mois, au moment de traverser une rue, elle s'est trouvée angoissée et est restée immobile, la gorge serrée pendant plusieurs minutes sur le bord du trottoir. Le fait s'est présenté quatre fois en un mois et depuis la dernière la malade ne veut pas sortir. Quelques vertiges même dans son appartement.

La malade, au dire de sa tante, a d'ailleurs toujours été particulièrement difficile à vivre. D'intelligence très moyenne, elle est soupçonneuse, fantasque, se mettant dans des colères violentes, surtout pendant ses règles qui sont généralement en retard de plusieurs jours, assez abondantes et très douloureuses.

Elle souffre aussi fréquemment de nausées; elle est presque toujours constipée; il lui arrive parfois de rester des journées entières sans vouloir prendre aucun aliment.

Enfin, depuis son enfance, elle a toujours eu des tics. Actuellement elle a perpétuellement la bouche de travers. Après amélioration, rechute en mai et en décembre 1924.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Mère morte à 48 ans par rupture d'anévrysme de la crosse de l'aorte.

Antécédents personnels. — A marché très tard. Convulsions à l'âge de 5 ans. Coqueluche à 11 ans. Appendicite (?) non opérée à 13 ans.

Chancre syphilitique suivi de roséole à l'âge de 20 ans. Aurait suivi un traitement par des pilules.

Examen. — Femme de constitution peu robuste. Teint jaunâtre. Système pileux peu développé.

Appareil digestif. — Pas de leucoplasie buccale. Dents mal plantées, langue saburrale.

Appareil circulatoire. — Cœur normal. Tension artérielle 16-9 au Pachon.

Poumons. — Normaux.

Urines. — Ni sucre ni albumine.

Examen du sang. — Réaction de Wassermann positive en 1923. Depuis la malade a subi deux séries d'injections de novarsénobenzol.

Système nerveux. — Réflexes tendineux vifs aux membres supérieurs, plus vifs encore aux membres inférieurs; le réflexe achilléen droit est plus faible que le gauche; réflexes pupillaires normaux; réflexe pilo-moteur peu marqué; réflexe solaire positif; réflexe oculo-cardiaque : ralentissement de 11 pulsations par minute.

CONCLUSIONS

Si nous essayons de dégager des quelques cas qui viennent d'être présentés les principaux caractères qui s'imposent par leur répétition, on voit que l'on trouve toujours chez ces malades des troubles d'ordre splanchnologique et des troubles nerveux d'ordre sympathique, ces troubles étant d'ailleurs probablement en corrélation étroite.

Au point de vue splanchnologique on peut faire les quelques remarques suivantes :

1° Les troubles digestifs sont constants, et plus particulièrement les troubles intestinaux. La constipation existe plus ou moins chez tous ces malades sauf un (Obs. n° 3). Ces troubles digestifs paraissent d'ailleurs n'avoir aucun rapport avec les modalités et le degré des troubles du sympathique.

2° Les troubles génitaux sont également constants mais ils sont beaucoup plus accusés chez les femmes que chez les hommes. De plus ils ont toujours pour caractéristique un certain degré d'insuffisance ovarienne. Les règles pèchent presque toujours par défaut d'abondance sauf un cas (Obs. VI) et dans ce cas le défaut

d'abondance est remplacé par des retards de règles constants. L'une des malades (Obs. V) a été complètement privée de ses fonctions ovariennes par castration double et il est même à remarquer que chez elle on ne trouve aucun antécédent de phobie, héréditaires ou personnels. La malade de l'observation IV est encore plus typique à ce sujet, puisque, chez elle, nous assistons à un début de syndrome adiposo-génital.

3° La pression artérielle ne paraît pas liée chez ces malades à leurs troubles agoraphobiques. En effet nous avons vu que ces malades présentent soit une tension à peu près normale, soit un peu d'hypertension ou d'hypotension. L'hypotension paraît cependant un peu plus marquée (Obs. I et IV).

Au point de vue du sympathique, ces observations nous donnent les résultats suivants :

1° Tous ces malades présentent un déséquilibre du système nerveux, déséquilibre qui peut avoir lieu dans le sens ortho ou parasympathique ou même dans les deux sens.

2° Chez aucun d'eux, la constatation d'un état vago-tonique ou sympathicotonique n'entraîne la constatation d'une diminution de l'excitabilité antagoniste. Chez eux il y a simplement une prédominance de l'un ou de l'autre système.

3° Au point de vue clinique, la sympathicotonie et la vagotonie n'entraînent pas les mêmes symptômes pendant l'accès paroxystique de l'agoraphobie. La vagotonie est caractérisée par l'immobilité avec angoisse; la sympathicotonie par l'émotivité et l'agitation. Dans les observations I et III de sympathicotoniques et les observations II et IV de vagotoniques, nous trouvons ces caractères cliniques nettement tranchés. Dans les observations V et VI où la vagotonie et la sympathicotonie sont moins accentuées et presque sur le même plan, on observe cliniquement des formes intermédiaires entre les deux cortèges de symptômes dont nous avons parlé plus haut.

On peut conclure de ces faits qu'il y a intérêt chez les agoraphobiques à examiner le sympathique afin de traiter le déséquilibre qui existe toujours par des moyens appropriés (ésérine chez les sympathicotoniques, atropine chez les vagotoniques). Mais il reste bien entendu que si ce moyen de traitement est un adjuvant utile, il ne doit en aucun cas faire négliger le traitement reconstituant (cacodylate de soude, phosphates, etc.) ni surtout le traitement moral par la psychothérapie.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président*
Marcel LABBÉ

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.
